

Zgłoszenie nr	Wpłynęło dnia:
Termin szkolenia:	Certyfikat nr:
<i>Wypełnia organizator</i>	

Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii
im. generała Karola Kaczkowskiego
ul. Kozielska 4, 01-163 Warszawa

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

na kurs Podstawy biologii medycznej

1. Jednostka delegująca

Pełna nazwa:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

Dane kontaktowe:

(imię, nazwisko, telefon, mail)

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika szkolenia

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)

2. Płatnik *(dane do faktury)*

Wypełniony formularz zgłoszenia przesyła płatnik na adres anna.wojciechowska@wihe.pl

Pełna nazwa:

NIP:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

.....
(miejscowość, data)

.....
*(czytelny podpis osoby upoważnionej
i pieczęć płatnika)*